



Primer Semestre 2005

Nº 21

# **PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA**

**SEDENE**

## JUNTA DIRECTIVA

DOLORES VÁZQUEZ SANTISO	<i>Presidente</i>
JORDI PUJIULA	<i>Vicepresidente</i>
CARMEN PÉREZ MOLTÓ	<i>Secretaria</i>
RAFAEL SALA PASTOR	<i>Tesorero</i>
PILAR PARRILLA NOVO	<i>Vocal</i>
RAIMUNDO CARO QUESADA	<i>Vocal</i>
CARMEN MÁRQUEZ REBOLLO	<i>Vocal</i>

### REDACCIÓN:

Responsable Edición: Carmen Pérez Moltó

Portada: Ana Villegas Cebrián

IMPRIME: Impremta Falcó - Sant Pere de Ribes

D.L.: A-391-2000

## SUMARIO

- Editorial ..... pág. 4
- Carta de la Presidenta ..... pág. 6
- Análisis de la VIII Reunión Anual de la Sociedad Española de  
Enfermería Neurológica ..... pág. 8
- Encefalopatía de Wernicke ..... pág. 10
- Nuevos horizontes para el ictus ..... pág. 15
- Puesta al día. Cefaleas ..... pág. 21
- Normas de publicación ..... pág. 29
- Solicitud de admisión ..... pág. 30

## EDITORIAL

Uno de los mayores retos al que nos enfrentamos, es poder fundamentar científicamente las actividades de enfermería, indagar sobre ello es actualmente imprescindible.

A la hora de poder fundamentar nuestro trabajo, nos encontramos con algunas barreras o limitaciones, para la puesta en práctica de lo que es actualmente investigar en enfermería, escasa formación metodológica, falta de financiación, falta de tiempo institucionalizado, impedimentos, que en otras profesiones no existen y todo esto condiciona.

Como dice Fortín, un tema de investigación es "difícil que surja de repente", generalmente el tema surgirá del trabajo diario, de la experiencia acumulada y de preguntas en relación con la comprensión de las respuestas humanas a la salud y como los factores ambientales contribuyen al bienestar y al mantenimiento y promoción de la salud. No es lo mismo un problema planteado bajo una concepción biomédica que el mismo problema bajo una concepción del cuidado.

Esto está cambiando, la enfermería se halla en un periodo de desarrollo del conocimiento o citando a Khun, "puede afirmarse con total certeza que la ciencia de los cuidados se hallan en plena revolución científica" muchas enfermeras han adquirido esos conocimientos para investigar a través de realizar Licenciaturas y Doctorados en otras disciplinas.

¿Qué temas y que metodología utiliza más la enfermería? Hay abundante bibliografía, en que relacionan, a la enfermería, con más trabajos de investigación cualitativa, por considerarla más fácil metodológicamente. En otros trabajos de revisión publicados aparece que la enfermería utiliza como palabras clave "cuidado" y "enfermería" pero analizando los contenidos se utilizan criterios de otras disciplinas como la Medicina, Psicología ..... Por áreas temáticas el mayor interés se observa en aspectos asistenciales y de gestión. Cabe señalar que hay un alto porcentaje de estudios descriptivos, es decir nos quedamos en el escenario, sin atrevernos a utilizar una metodología más compleja en la que de verdad, se pueda verificar el cómo actuamos, poder evaluar nuestras estrategias.

Entre los avatares de nuestra historia, hemos superado muchas crisis como profesionales, es de esperar, que en un futuro, podamos investigar en aquellos temas que nos permitan mejorar la práctica profesional, construir nuestro propio cuerpo de conocimientos, referidas a las intervenciones y a las respuestas de estas dentro del contexto salud enfermedad.

Para concluir quiero resaltar el esfuerzo realizado por las enfermeras/os que participan con sus trabajos científicos en las Reuniones de la Sociedad de enfermería Neurológica SEDENE, cada vez resulta mas evidente que estamos en el camino adecuado.

**Carmen Pérez Moltó**

*Enfermera. Prof. asociada del Dpto. de enfermería Universidad de Alicante  
Responsable de edición*

## CARTAS A LA REDACCIÓN

Queremos reservar un espacio, para que a través de él os podáis dirigir a la Junta Directiva, a todo el colectivo de enfermería de nuestra Sociedad, y a mi misma como responsables de esta Publicación, para exponer vuestros comentarios, quejas, cartas abiertas y/o sugerencias.

Con ello lo que pretendemos, es que esta Publicación sea una revista abierta, donde todos puedan participar de forma activa.

Dirigir vuestras cartas a: **Ultramar Express Event Management**

C/ Diputació 238, 2º 1º - 08007 Barcelona

Tel 93 482 71 47 – Fax 93 482 71 58

Dirección de correo electrónico: [info@sedene.com](mailto:info@sedene.com)

Persona de contacto: M<sup>a</sup> Isabel Eligio Espín



## CARTA DE LA PRESIDENTA

Estimados socios y lectores:

Nuestra Sociedad ha celebrado este año el XII aniversario con dos eventos de relevancia, el 9º Cuatrienal Congreso de la World Federation of Neurosciences Nurses, (del 9 al 12 de mayo de 2005) en la Universidad Autónoma de Barcelona y cuya celebración en colaboración con la SEDENE ha sido fruto de los esfuerzos de la previa y actual junta directiva, por lograr acercar a nuestra sociedad neurológica y otros profesionales de enfermería, un congreso de esta magnitud, que sin duda después de tantos esfuerzos, a destacar los acometidos por Rosa Suñer, deseamos que sea realmente de provecho y relevancia para nuestra Sociedad. Por ello os animo a que vuestra participación sea también destacable; podéis obtener información en la página web.

En el mes de abril ha tenido lugar también la II Jornada de Enfermería Neurológica Catalana, que se ha celebrado en Girona, el 21 de abril de 2005, en el Auditorio Narcís de Carreras de la "Caixa". Vuestra presencia en cualquiera de los eventos es la firma de presentación de nuestra sociedad.

En la presente década la enfermería, en general, está siendo sometida a varios cambios; tanto en la vida práctica-profesional, como en la política sanitaria y en la formación académica. Las expectativas lejos de la confusión, parecen mejor, pero nada realmente es lo que parece.

Después de tantas negociaciones de diferentes organismos profesionales sanitarios con el Ministerio de Sanidad y Consumo, como ya sabréis, en relación con la aprobación de especialidades, la nuestra, reivindicada como tantas otras, quedará incluida dentro de aquella que abarca la enfermería de cuidados Médico-quirúrgicos. La formación se pretende que sea por un sistema de residencia en unidades docentes acreditadas, con evaluaciones continuadas y a tiempo completo dentro de la institución sanitaria a la que se adhiera, con un contrato de trabajo, similar al MIR.

No obstante y después de meditarlo, ¿es tan importante hablar de "especialistas"? Nuestra especialidad radica fundamentalmente en identificar las necesidades de salud

de las personas y controlar los cuidados enfermeros que requiere la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados y tratamiento de readaptación y recuperación para el desempeño de las AVD de las personas que se ven mermadas en su capacidad física y/o psíquica.

La utilización de un modelo conceptual como el de V. Henderson, D. Orem, M. Gordon y otros, contribuyen a utilizar mejor y a racionalizar los métodos diagnósticos, con metodología y base científica basada en evidencia, poniendo el acento en la identificación de las "necesidades de salud", tan diferente de la actividad médica concentrada en las intervenciones sobre el diagnóstico clínico o el tratamiento de una dolencia.

La enfermería utiliza sus recursos con una perspectiva diferente, echando mano de aptitudes más ligadas a nuestros sentidos, así nuestra aptitud de escuchar, ver, sentir, tocar, observar, comunicar, nos lleva a un conjunto de informaciones sobre la persona que será clave para identificar sus necesidades, poniéndonos en una situación de ventaja en relación con otras disciplinas que no las utilizan. Por ello pienso que después de todo, quizá nada cambiará nuestra actividad, tan específica y distinta con el paciente neurológico, porque ya somos especialistas!.

**Dolores Vázquez**

## ANÁLISIS DE LA VIII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

El Palacio de Congresos de Cataluña en Barcelona, acogió una vez más la XI Reunión de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica los días 25 y 26 del pasado mes de Noviembre.

Esta Reunión de trabajo contó con la participación de varios ponentes y con la presencia de multitud de profesionales relacionados con la Neurología.

En acto de inauguración estuvo presente el Presidente de la SEN, Dr. Jorge Matías Giu-Guia y la Presidenta de la Sociedad de enfermería Neurológica SEDENE. Sra. Dña Rosa Suñer Soler.

La Conferencia Inaugural "Marco general para los cuidados especializados con enfermos neurológicos" corrió a cargo de la Prof. Concha German. Profesora titular de enfermería comunitaria. Coordinadora del Segundo Ciclo de Ciencias sanitarias: enfermería y representante española en el estudio Tuning de la Unión Europea de la Universidad de Zaragoza. En primer lugar nos habló de cuidados enfermeros, salud, enfermedad, dolencia y muerte bajo una concepción ecológica "todo está relacionado con todo". Cuando no se puede curar lo más importante es el cuidado. Según ella estamos en la época de los cuidados más envejecimiento, en un mundo globalizado. Posteriormente nos habló

del estudio Tuning de la Unión Europea. Estudio que nace para establecer acuerdos en competencias específicas de enfermería sobre un sistema universitario competitivo. Consenso de los diferentes integrantes de la Unión Europea en la Declaración de Bolonia para conseguir que los estudios enfermeros tengan el mismo grado dentro de la Comunidad Europea.

Por la tarde del mismo jueves se realizaron Comunicaciones orales. Posteriormente se dio lectura a los resultados de las elecciones en las que se votaba a un nuevo vocal de la Junta, saliendo elegido el Sr. Jordi Pujula.

Con gran frecuencia es preciso acceder a información bibliográfica reciente y a resúmenes de artículos. El Viernes por la mañana se realizaron dos cursos talleres simultáneos uno sobre Búsquedas Bibliográficas que lo realizó el Dr. Armand Grau Médico especialista en Medicina Interna y Doctorando en Psicología y Calidad de vida de la Universidad de Girona y en el otro taller el Dr. Lupicinio Iñiguez. Prof. de Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona. Nos introdujo en el campo de los métodos cualitativos que se ven acompañados de un cambio de sensibilidad en la investigación. Este taller estuvo muy bien aceptado y valorado por los asistentes en las pocas encuestas que disponemos.



La sección de Póster al final de la mañana, contó una vez mas con gran participación y la exposición de temas diversos.

A primera hora de la tarde se dio paso a la Mesa redonda "El dolor en el paciente neurológico". En ella participaron el Dr Jordi Catafau. Neurólogo del Hospital General de Cataluña y Coordinador del grupo de estudio sobre el dolor neuropatico de la Sociedad Española de Neurologia. Y el Dr Martínez Salio. Neurólogo del Hospital del Doce de Octubre de Madrid. En su intervención nos hablaron del dolor nociceptivo y del neuropatico, de la importancia de protocolizar la actuación del dolor, de evaluar el dolor utilizando escalas de auto evaluación . Los integrantes de la mesa coinciden en el problema que plantea la falta de formación en postgrado del dolor y la necesidad de actuación con tratamientos multidisciplinares. El dolor asociado a la depresión y a la ansiedad agrava y refuerza la sintomatología por lo que las terapias de grupo funcionan bien sobre todo en las migrañas. El Dr. Martínez Salio presento casos clínicos de la Unidad Multidisciplinar del dolor y el Sr. Jesús Noci Belda enfermero de la Unidad del dolor de la Paz de Madrid, trató los cuidados generales y específicos que se realizan en una Unidad de dolor, si bien su planteamiento fue mas sobre los procesos neoplásicos, la exposición estuvo muy bien expuesta, demostrando su buen hacer enfermero. Esta mesa redonda animo a los asistentes a realizar algunas pre-

guntas sobre este tema, los ponentes respondieron a ellas con dinamismo.

En el acto de clausura se hizo entrega de los premios a las mejores comunicaciones y póster y al mejor proyecto de investigación y se despidió a la que ha desarrollado las actividades de Presidenta hasta ahora.

En total se presentaron 26 comunicaciones, de ellas, 14 se expusieron como comunicaciones orales, y 12 tipo póster.

El objetivo de estas reuniones se ha visto cumplido, masiva participación, y buenas comunicaciones que sirven para que se pueda conseguir una mayor calidad en la asistencia al paciente.

El numero de encuestas han sido 28, muestra muy pequeña para el numero de asistentes. Tal vez por parte de la Junta tengamos que plantearnos como recoger vuestra opinión sobre el evento.

A lo largo del año, estaremos organizando la próxima reunión intentando articular los distintos actos previstos, dentro del programa sin que se solapen sobre todo la Sesión de póster que cada vez tiene mayor interés

Gracias por vuestra confianza asistiendo año tras año a esta Reunión.

**Carmen Pérez Moltó**

S.E.D.E.N.E

## ENCEFALOPATIA DE WERNICKE

**Autores:** Raimundo Caro Quesada, Adela de la Fuente García,  
Ana Moreno Verdugo, Dulce Suso Lopez

*Enfermeros Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.*

### INTRODUCCIÓN:

Hemos elaborado un plan de cuidados estandarizados para personas con la enfermedad de WERNICKE, ingresadas en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

### Sintomatología:

Es un trastorno relativamente frecuente causado por un déficit de Tiamina (vitamina B1), aparece sobre todo en personas con alcoholismo crónico y malnutrición y esto le produce una disminución generalizada de glucosa por el cerebro provocándole una triada de síntomas característicos:

1. Confusión.
2. Trastornos oculomotores con nistagmus.
3. Ataxia.

Es de una instauración aguda y es una emergencia médica.

### Palabras Claves

Alcoholismo, Vitamina B1, Cuidados Enfermeros, Encefalopatía.

### DIAGNOSTICO:

El déficit de Tiamina se cuantifica en

sangre total. En la TAC hay lesiones hipodensas de encefálicas. La RMN se utiliza para estudiar el grado de atrofia de los cuerpos mamilares, estos se atenúan o desaparecen en controles posteriores a la instauración del tratamiento.

### TRATAMIENTO:

Administración de forma precoz de Tiamina, evitando la progresión de los síntomas e impide lesiones irreversibles. No se debe de administrar sueros glucosados a estos pacientes ya que puede precipitar la aparición de los síntomas. La Ataxia mejora en varias semanas, pero la amnesia (fase crónica) puede persistir durante meses. La mortalidad es de un 17% y esta relacionada con complicaciones de la enfermedad de base (hepáticas, infecciones y metabólicas).

### OBJETIVOS GENERALES.

1. Unificar criterios en los cuidados de enfermería en el enfermo de Wernicke.
2. Suministrar atención integral al paciente.
3. Impartir educación sanitaria al enfermo y familia.
4. Aumentar la formación del enfermero respecto al cuidado de estas personas.

## MATERIAL Y MÉTODOS.

Para alcanzar estos objetivos y teniendo en cuenta la instauración aguda de este cuadro y siendo una emergencia medica, la Enfermería en nuestro hospital hemos puesto en marcha un Plan de Cuidados estandarizados basándonos en los Diagnósticos de la NANDA y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

### PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS:

1°- **Riesgo deterioro de la integridad cutánea y déficit de autocuidados: baño/higiene r/c desnutrición e inmovilidad .**  
Nanda 00047, 00108

#### Objetivo:

Durante su estancia hospitalaria el paciente mantendrá intacta la integridad cutánea.

#### Actividades:

Baño, cuidados de la piel, control de electrolitos.

NIC: 1610, 3584, 2020

- Realizar el baño con el agua a temperatura agradable.
- Aplicar cremas hidratantes en las zonas de piel seca.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- Controlar la capacidad funcional durante el baño.

- Vestir al paciente con ropas no restrictivas.
- Proporcionar soportes de apoyos en zonas edematosas (almohadas).
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Aplicar protectores para talones si fuera necesario.
- Cambios posturales cada dos o tres horas, según protocolo.
- Inspeccionar diariamente la piel.
- Comprobar niveles de electrolitos en suero.
- Vigilar niveles de proteína total y hemograma.
- Controlar la ingesta calórica y nutricional.
- Realizar consulta a dietética, si se requiere.

2°- **Deterioro de la movilidad física r/c afectación neuromuscular. Nanda: 00085**

#### Objetivo:

El paciente recuperara la máxima capacidad para restablecer o mejorar las funciones corporales autónomas, participando en todas las actividades.

#### Actividades:

Terapia de ejercicios: control muscular, deambulacion y equilibrio. NIC: 0226, 0221,0222

- Determinar la disposición del paciente

- para comprometerse a realizar un protocolo de actividades.
- Consultar y colaborar con el fisioterapeuta en la posición y nº de veces que se realizara cada movimiento.
- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora.
- Ayudar al paciente a permanecer sentado / pie durante los ejercicios si procede.
- Enseñar al paciente a explorar visualmente el lado afectado durante la rehabilitación.
- Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente, si esta indicado.
- Aconsejar uso de calzado que facilite la deambulación.
- Instruir acerca del uso de dispositivos de ayuda.
- Ayudar al paciente al inicio de la deambulación.
- Vigilar el uso de andadores, muletas, etc.
- Ir aumentando la distancia poco a poco, marcándose metas.
- Determinar la capacidad del paciente para actividades que requieran equilibrio.
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído).

- Ayudarle a ponerse en pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio.

### **3º- Desequilibrio nutricional por defecto r/c ingesta inadecuada de alimentos m/p desnutrición. Nanda: 00002**

#### **Objetivo:**

El paciente recibirá una ingesta equilibrada de nutrientes para satisfacer sus necesidades metabólicas.

#### **Actividades:**

Manejo de la nutrición, control de la nutrición. Nic: 1100, 1160

- Determinar las preferencias de comidas del paciente.
- Determinar – en colaboración con el dietista, si es necesario – el numero de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitaminas.
- Ofrecer tentempiés ( bebidas, fruta fresca, zumos).
- Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Pesarse al paciente a intervalos adecuados.
- Proporcionar información adecuada

acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

- Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar una dieta adecuada al desequilibrio del paciente
- Disponer de las condiciones ambientales óptimas a la hora de la comida
- Proporcionar comidas y líquidos nutricionales.
- Observar los trazos del EKG.
- Instruir al paciente/ cuidadores sobre las modificaciones dietéticas específicas.

**4º- Mantenimiento inefectivo de la salud r/c conocimiento insuficiente de los efectos del alcohol y de los recursos de autoayuda disponible. Nanda: 00099**

**Objetivo:**

Durante su hospitalización el paciente será informado como mantener su salud y conocerá las ayudas existentes.

**Actividades:**

Mantenimiento de la salud, alterado. Estimulación del sistema de apoyo. Nanda /NIC: 5440

- Asesoramiento.
- Educación sanitaria.
- Facilitar la responsabilidad propia.
- Identificación de riesgos.
- Estimulación del sistema de apoyo.

- Ayuda en la modificación de uno mismo.
- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Remitir a un grupo de autoayuda.
- Proporcionar los servicios con actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/ seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación.

**5º Riesgo de infección r/c tratamientos invasivos y aumento de microorganismo en el ambiente .Nanda: 00004.**

**Objetivo:**

El paciente no presentará signos ó síntomas de infección, durante su hospitalización

**Actividades:**

Control de infecciones. Control del medio ambiente. Protección contra las infecciones. Vigilancia. Cuidados de los catéteres venosos. NIC: 6540, 6480, 6550, 6650, 2440.

- Poner en práctica precauciones universales.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal.

- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos a los cuidadores.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Cambiar los sistemas y vendajes, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.
- Cumplir las normas de asepsia e higiene según protocolo del servicio.
- Facilitar el descanso.

## **PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:**

### **1º Trastorno de la percepción sensorial visual.**

#### **Actividades:**

- Alteración sensorial: visual.
- Prevención de caídas.
- Orientación de la realidad.
- Terapia de ejercicios: equilibrio.
- Alimentación.
- Control de medio ambiente.
- Vigilancia: seguridad.

### **2º Confusión aguda.**

#### **Actividades:**

- Actuación ambiental: seguridad.
- Actuación ante el dolor.
- Administración de analgésicos.
- Administración de medicación.
- Disminución de la ansiedad.

- Prevención de caídas.
- Vigilancia periódica de signos vitales.

## **CONCLUSIONES:**

Utilizando este Plan de Cuidados estandarizado de forma individualizada se puede medir la calidad del cuidado enfermero, mejorarlo en lo posible y aumentar la autoestima profesional. Este diseño asistencial también supone una reducción de las complicaciones, una mejor evolución de las mismas y una reducción de los costes y la reducción de la estancia en el hospital.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Tratado de Neurología. A. Codina Puiggros. 1994, Edit ELA, Pág. 74,510-511.
- Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2001-2002. NANDA. Harcourt.
- Diagnósticos de Enfermería. L.J. Carpenito. 5ª edición. Interamericana McGRAW-HILL
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Consejo General de Enfermería. 2ª edición. Colección Salud y Sociedad. Edit Síntesis.



## NUEVOS HORIZONTES PARA EL ICTUS

**Autores:** Jordi Pujula<sup>1</sup>, Montse Puigdemont<sup>1</sup>, Rosa Suñer<sup>2</sup>, Eva Lucas<sup>1</sup>.

(1) *Enfermería Unidad de Investigación Neurovascular. Fundación Josep Trueta. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.*

(2) *Enfermera, Adjunta dirección de enfermería del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta y Profesora asociada de la Escuela de enfermería de Girona.*

### INTRODUCCIÓN

Ya han pasado 10 años desde la llamada "Declaración de Helsinborg". En ella y con fecha límite este año 2005 se establecieron una serie de directrices<sup>1</sup> destinadas a disminuir la mortalidad de los pacientes afectados por un ictus e incrementar al máximo su independencia para sus actividades de la vida diaria (AVD). Para llegar a estos objetivos era necesario establecer unidades de ictus (UI) e implementar un sistema de atención neurológica urgente. Algunas comunidades españolas empezaron a trabajar en el año 1997 para conseguir estos puntos.

En los últimos años la mortalidad de la enfermedad cerebrovascular o ictus se ha reducido de manera importante en España<sup>2</sup> llegando al criterio establecido que se marcaron los distintos expertos de Helsingborg. Pero esta enfermedad sigue siendo aún la segunda causa de mortalidad en los adultos de nuestro país<sup>3</sup> y una de las causas más importantes de invalidez a largo plazo, que implica un importante gasto sanitario<sup>4</sup>. El impacto social de esta enfermedad está creciendo debido al envejecimiento de la población y a los cambios de forma de vida de la sociedad.

En nuestro país, el ictus aún no se reconoce como una urgencia médica y mucho menos se han creado las UI que requiere nuestra sociedad (a excepción de algunas regiones). Esto conlleva que el único tratamiento actual, la administración intravenosa del activador del plasminógeno tisular (rt-PA) dentro de las 3 primeras horas desde el inicio de los síntomas de un ictus isquémico, no se esté administrando en la mayoría de los pacientes potenciales.

El ingreso de estos pacientes en UI, unidades con monitorización semi-intensiva, enfermería especializada y protocolarizada<sup>5</sup> ha demostrado un beneficio para los pacientes en diversos estudios<sup>6,7</sup>, además de disminuir la mortalidad en un 17% y la mortalidad o dependencia funcional en un 22%<sup>8</sup>. Otros factores relevantes son la disminución de las complicaciones sistémicas, neurológicas, así como de la estancia hospitalaria<sup>9,10</sup>, dependencias y hospitalización crónica<sup>11,12,13,14</sup>; y estos resultados se pueden observar hasta un año después de su ingreso<sup>15</sup>.

Paralelamente estas UI ponen de manifiesto la reducción del coste sanitario<sup>16</sup>, se

ha demostrado también la importancia de las guardias de neurología<sup>17</sup> y de las nuevas técnicas de neuroimagen así como la implantación del Código Ictus para detectar y trasladar con rapidez a los pacientes<sup>18,19,20</sup>. A nivel terapéutico, el tratamiento con rt-PA es altamente efectivo como se demostró en diversos ensayos clínicos<sup>21,22</sup> y con tratamiento compasivo (bajo consentimiento informado) en nuestra población española<sup>23</sup>. Otras acciones terapéuticas como la rehabilitación en fase aguda y su continuidad, así como el cuidado a domicilio de estos pacientes hacen prever un buen mantenimiento de los objetivos de Helsinborg.

El objetivo de este artículo es revisar las diferentes terapias farmacológicas que se perfilan en un futuro próximo.

## TERAPIAS PARA EL ICTUS ISQUÉMICO

En esta nueva década nacen nuevos horizontes terapéuticos para el ictus, avances muy importantes, ya sea en fase hiperaguda de la enfermedad vascular cerebral isquémica como en la hemorrágica y en prevención secundaria. Terapias más seguras y donde la ventana terapéutica para tratar a los pacientes será mucho más amplia, con posibles medicaciones neuroprotectoras para salvar aún más el parénquima cerebral afectado.

Las nuevas técnicas de resonancia magnética demuestran que los pacientes a su llegada al hospital tienen tejido cerebral

susceptible de ser salvado y una rápida actuación de todo un equipo multidisciplinar favorece al paciente. Gracias a la neuroimagen y los nuevos trombolíticos como el "Desmotepase" (que se ha desarrollado a partir de la saliva de un vampiro amazónico el *Desmodus rotundus*) se podrá tratar de entre el 60 y el 70% de los ictus isquémicos dentro de las nueve horas siguientes al inicio de la clínica, aunque se conoce que a mayor rapidez de actuación terapéutica, más tejido cerebral se puede salvar. El desmotepase (DCI) actúa a través de la activación directa del plasminógeno a plasmina, que a su vez se transforma en fibrina disolviendo el coágulo que ocluye el torrente circulatorio y restaurando el flujo cerebral (produciendo reperusión) a través del vaso sanguíneo afectado<sup>24</sup>. Este nuevo trombolítico puede ser más eficaz que el rt-PA, se administra en un único bolus con una vida media más larga sin efecto tóxico cerebral, menor riesgo de complicaciones hemorrágicas y con una mayor especificidad sobre la fibrina. Es un fármaco aún en fase experimental<sup>25</sup>, se halla en una fase de ensayo clínico con pacientes a gran escala que ya ha demostrado su eficacia en fases previas y actualmente se encuentra en una fase III del ensayo, en esta se encuentran las dosis ya establecidas y se intenta imitar situaciones de la vida real y hallar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre un grupo con fármaco y otro con placebo.

El 10% de los pacientes acuden al hospital dentro de las 3 horas del inicio de los síntomas. Por ello, otros estudios siguen esta línea de investigación para reperfundir eficazmente las arterias cerebrales más allá de ese tiempo límite o pacientes con un ictus al despertar. En esta línea también se encuentra el Abciximab (ReoPro®) un anticuerpo monoclonal que bloquea la agregación plaquetaria con alta afinidad al fibrinógeno soluble, con dos valores añadidos; mejora la microcirculación y puede reducir la inflamación<sup>26</sup>. Su ventana terapéutica es de 6 horas y se podrían beneficiar también los ictus al despertar, actualmente este estudio se encuentra en fase III.

Otras terapias emergentes como la vascularización intracraneal con cateterismo urgente utilizando trombolíticos, los ensayos con neuroprotección e hipotermia leve pueden dar más posibilidades a los pacientes con un ictus isquémico en un futuro no muy lejano.

## **TERAPIAS PARA EL ICTUS HEMORRÁGICO**

Otro reto importante son las hemorragias cerebrales que representan el 15% del total de los ictus, actualmente estas son devastadoras y producen una alta mortalidad. En algunas series incluso el 50% de los pacientes fallecen en el primer mes y de los que sobreviven de un 85% a un 95% quedan con secuelas. Actualmente no existe ningún tratamiento efectivo. El trata-

miento quirúrgico de las hemorragias en comparación con un tratamiento conservador, no ha demostrado diferencia ni en la mortalidad ni ningún otro posible beneficio asociado, tal y como se demuestra en el estudio STICH<sup>27</sup>. El tratamiento conservador es básicamente realizado por enfermería; manteniendo sus necesidades básicas cubiertas, controlando estrictamente su tensión arterial y que no se produzca broncoaspiración, también es importante elevar la cabecera de la cama unos 40°. Todo ello se consigue especialmente si el paciente se encuentra ingresado en una unidad con personal entrenado como son las UI.

Pero recientemente se ha presentado y publicado<sup>28,29</sup> una nueva terapia hemostática para las hemorragias cerebrales espontáneas, que disminuye la progresión del sangrado o disminuye el volumen de la hemorragia en comparación al placebo si se administra en las 3 primeras horas después de los síntomas. Se trata del factor VII recombinante activado (rFVIIa/NovoSeven®/Niasase®) este factor se une a las plaquetas activadas con independencia del factor tisular e inicia localmente la formación de trombina, fundamental en la formación del trombo hemostático inicial. La inexistencia de la progresión de la hemorragia ayuda a reducir la mortalidad y la dependencia a los 3 meses de los pacientes<sup>30</sup>. Este estudio en pocos meses también se encontrará en fase III en algunos hospitales españoles.

## CONCLUSIONES

Nuevas terapias se presentan para los pacientes con ictus en estos próximos años, terapias que precisan de profesionales expertos en la patología cerebrovascular, tanto en facultativos como en enfermería porque su administración y control deberá ser muy bien sistematizada y protocolarizada. Estas terapias podrán aplicarse si la sociedad y los profesionales identifican y trasladan con rapidez los ictus al servicio de urgencias hospitalarias.

Se podrán tratar los pacientes si los servicios de urgencias actúan como tal y si las pruebas de neuroimagen y de laboratorio son de gran rapidez. Estos pacientes deberán ser atendidos por neurólogos y en unidades de ictus, con un equipo de enfermería cada día más especializada en su asistencia ya que estos pacientes y las futuras terapias así lo requieren.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pan European Consensus Meeting on Stroke Management-Helsingborg, Sweeden 8-10 November 1995. World Health Organization Regional Office for Europe. European Stroke Council.
2. Sarti C, Rastenyte D, Cepaitis Z, Tuoromilehto J. International trends in mortality from stroke, 1986 to 1994. *Stroke* 2000;31:1588-601.
3. Página web del Centro Nacional de Epidemiología. Disponible en <http://193.146.50.130/htdocs/mortal/mortal2001/web01.htm> - Consultado: Nov 2004.
4. Adams HP Jr, Brott ThG, Crowell RM, Burlan AJ, Gómez CR, Grotta J et al. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the stroke council, American Heart Association. *Stroke* 1994;25:1901-14.
5. Dávalos A, Suñer R. Monitorización y manejo del ictus en fase aguda. *Rev Neurol* 1999;29:622-7.
6. Webb DJ, Fayad PB, Wibur C, Thomas A, Brass LM. Effects of a specialized team on stroke care. The first two years of the Yale Stroke Program. *Stroke* 1995;26:1353-7.
7. Wentworth DA, Atkinson RP. Implementation of acute stroke program decreases hospitalization cost and length of stay. *Stroke* 1996;27:1040-3.
8. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised in patients (stroke unit) care for stroke. The Cochrane Library, Issue 4, 2001, Oxford.
9. Díez-Tejedor E, Fuentes B. Acute care in stroke: do stroke units make the difference? *Cerebrovasc Dis* 2001;11(Suppl 1):31-9.
10. Evans A, Harraf F, Donaldson N, Kalra L,. Randomized controlled study of stroke unit care versus stroke team care in different stroke subtypes. *Stroke* 2002;33:449-55.

11. Díez Tejedor E, Hachinski V. Unidades de ictus ¿Son realmente beneficiosas? *Rec Clin Esp* 1993;7:347-9.
12. Strand T, Asplund K, Eriksson S, Hagg E, Lithner F, Wester PO. A non-intensive stroke unit reduces functional disability and the need for longterm hospitalisation. *Stroke* 1985;16:29-care 34.
13. Strand T, Asplund K, Eriksson S, Hagg E, Lithner F, Wester PO. Stroke unit care who benefits? Comparisons with general medical care in relation to prognostic indicators on admission. *Stroke* 1986;17:377-81.
14. Indredavik B, Bakke F, Solbegg R, Rokseth R, Hagheim LL, Homel. Benefit of a stroke unit. *Stroke* 1995;6:1178-82.
15. Silva Y, Puigdemont M, Castellanos M, Serena J, Suñer R, García M, Dávalos A. Semi-Intensive Monitoring in Acute Stroke and Long-Term Outcome. *Cerebrovasc Dis* 2005;19(1):23-30.
16. Jogensen HS, Nakayama H, Raaschou H, Barsen K, Hubbe P, Olsen TS,. The effect of a stroke unit: reductions in mortality, discharge rate to nursing-home, length of hospital stay and cost. A community-based study. *Stroke* 1995;6:1178-82.
17. Dávalos A, Castillo J, Martínez-Vila E. Delay in neurological attention and stroke outcome. Cerebrovascular Diseases Study Group of the Spanish Society of Neurology. *Stroke*. 1995 Dec;26(12):2233-7.
18. Álvarez Sabín J, Molina C, Abilleira S, Montaner J, et al. "Código Ictus" y tiempos de latencia en el tratamiento de repercusión durante la fase aguda del ictus isquémico. *Med Clin (Barc)*1999;113:481-483.
19. Puigdemont M, Serena J, Pujiula J, Castellanos M, Ustrell U, Silva Y, Osuna T, Suñer R, Dávalos A. Desarrollo del código ictus en un área poblacional no urbana: La experiencia de Girona. *Neurología* 2004;(en prensa).
20. Pujiula J, Puigdemont M, Suñer R, Dávalos A. Código Ictus: un código necesario. *Rev Suma Neurol* 2002;2:33-38.
21. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rtPA Stroke Study Group Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995;333:1581-7.
22. Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP, Brott T, Frankel M, Grotta JC, Haley EC Jr, Kwiatkowski T, Levine SR, Lewandowski C, Lu M, Lyden P, Marler JR, Patel S, Tilley BC, Albers G, Bluhmki E, Wilhelm M, Hamilton S; ATLANTIS Trials Investigators; ECASS Trials Investigators; NINDS rt-PA Study Group Investigators. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet*. 2004;363:768-774.

- <sup>23</sup>. Dávalos A, Álvarez-Sabín J, Martí-Vilalta JL, Castillo J, por el Registro de Trombólisis del Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Tratamiento intravenoso con activador del plasminógeno tisular en la isquemia cerebral aguda. *Med Clin (Barc)* 2003;120(1):1-5.
- <sup>24</sup>. Hacke W, Albers G, Al-Rawi Y, Bogousslavsky J, Dávalos A, Eliasziw M, Fischer M, Burlan A, Kaste M, Lees K, Soehngen M, Warach S: for The DIAS Study Group. The Desmoteplase in Acute Ischemic Stroke Trial (DIAS). A Phase II MRI-Based 9-Hour Window Acute Stroke Thrombolysis Trial With Intravenous Desmoteplase. *Stroke*. 2005;36:66-73.
- <sup>25</sup>. J. Álvarez Sabín, S. Abilleira Castells, J. Montaner Villalonga. Ictus. Reto de la investigación para el próximo siglo. En *El Ensayo clínico en neurología*. Madrid: Zeneca Farma: 1999. p37-52.
- <sup>26</sup>. The Abciximab in Ischemic Stroke Investigators. Abciximab in acute ischemic stroke: a randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-escalation study. *Stroke*. 2000;31(3):601-609.
- <sup>27</sup>. Mendelow AD; Gregson BA; Fernandes HM; Murray GD; Teasdale GM; Hope DT; Karimi A; Shaw MD; Barer DH. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial intracerebral haematomas in the International Surgical Trial in Intracerebral Haemorrhage (STICH): a randomised trial. *Lancet* 2005 Jan 29;365(9457):387-97.
- <sup>28</sup>. Stephan A. Mayer. Fifth World Stroke Congress, Vancouver, Canada, 2004.
- <sup>29</sup>. Mayer SA, Brun N, Davis S, Broderick J, Davis S, Diringer MN, Skolnick BE, Steiner T; for the Europe/AustralAsia NovoSeven ICH Trial Investigators. Safety and Feasibility of Recombinant Factor VIIa for Acute Intracerebral Hemorrhage. *Stroke*. 2005;36:74-79.
- <sup>30</sup>. Mayer SA, Brun N, Begtrup K, Broderick J, Davis S, Diringer MN, Skolnick BE, Steiner T; for the Recombinant Activated Factor VII Intracerebral Hemorrhage Trial Investigators. Recombinant Activated Factor VII for Acute Intracerebral Hemorrhage. *N Engl J Med* 2005;352:777-85.



# PUESTA AL DÍA

## Cefaleas

**Autores:** Carmen Simán López, Adela de la Fuente García, Ana Moreno Verdugo, M<sup>a</sup> José Salvatierra Díaz, Olga Riverol, M<sup>a</sup> José Alías

*Enfermeras. Servicio de Neurología. HH UU Virgen del Rocío. Sevilla*

### INTRODUCCIÓN

Cefalea es sinónimo de dolor de cabeza, siendo este un problema de salud muy importante no por la gravedad sino por la alta incidencia en la población y el carácter recurrente de estas, lo cual repercutirá de forma negativa en el ámbito social y laboral, mermando la calidad de vida del paciente.

La Cefalea esta presente como síntoma en multitud de procesos patológicos por lo cual es de suma importancia hacer un diagnostico diferencial entre cefalea primaria y secundaria.

Las crisis de cefaleas aparecen en cualquier etapa de la vida.

Las cefaleas se clasifican en:

#### 1. Primarias

##### 1.1 Migrañas

##### 1.2 Cefalea Tensional

##### 1.3 Cefalea en Acumulos y Hemicránea paroxística crónica

##### 1.4 Miscelánea

#### 2. Secundarias

##### 2.1 Cefalea asociada a Traumatismo Cra-

neal

##### 2.2 Cefalea asociada a trastornos vasculares

##### 2.3 Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular

##### 2.4 Cefalea asociada a la ingesta de determinadas sustancias o a su supresión

##### 2.5 Cefalea asociada a trastornos metabólicos

##### 2.6 Neuralgias

##### 2.7 Otras

### SINTOMAS Y DIAGNOSTICO

Interesa llegar a un diagnostico para:

- Determinar si es un problema urgente
- Aproximarse al diagnostico de Cefalea Primaria ó Secundaria
- Instauración del tratamiento correcto

Los pasos a seguir para el diagnostico son:

#### 1.- Anamnesis ó Historia clínica

Es imprescindible para el diagnostico y esta dirigida a identificar el dolor en función de los criterios diagnósticos.

Se realizarán entrevistas semiestructuradas para recoger toda la información, que pueden ser fiables en un 90%

## 2.- Exploración física

Con ella se descartará la existencia de signos neurológicos

**Evaluando estas dos exploraciones se podrá descartar un proceso urgente y/o secundario**

## 3.- Pruebas complementarias

Se harán ante la sospecha de una Cefalea secundaria

- Pruebas de laboratorio
- Rx
- Tac
- RNM

## 1. Migraña

Es una cefalea crónica, generalmente con antecedentes familiares de dolor de cabeza y con crisis repetidas de características similares.

Hay una mayor incidencia en el sexo femenino y parece estar relacionado con los cambios hormonales

La aparición de la cefalea puede estar causada por muchos factores (predisposición genética, ingesta de algunos alimentos, medio ambiente, estrés, esfuerzo físico)

Los signos premonitorios aparecen algunas horas previas, o unos días antes del

episodio de migraña, y estos pueden ser: hiperactividad, hipoactividad, depresión, bostezos...

El aura es el conjunto de síntomas neurológicos focales (luces chispeantes, olores peculiares, zonas de pérdida visual, parestesias, paresias, afasia) que acompaña o inicia a un ataque, su duración va desde minutos a 1 hora. Puede aparecer el aura y no presentar el paciente la cefalea.

La migraña con aura se manifiesta por ataques con síntomas neurológicos localizados en la corteza cerebral o tronco. Estos síntomas se presentan en el 30% de los pacientes

Se puede encontrar varios tipos de Migraña:

### 1.1.1 Migraña sin aura

- Duración oscila entre 4 y 72 horas,
- Localización del dolor es unilateral
- Pulsátil
- Intensidad moderada o grave
- Empeora con la actividad física diaria
- Náuseas, fotofobia y fonofobia.

Para llegar a un diagnóstico seguro se deben tener al menos 5 episodios que cumplan estos síntomas.

### 1.1.2 Migraña con aura

- Estos ataques se desarrollan durante 5-20 minutos
- Con una duración inferior a 60 minutos
- Aparece la cefalea, náuseas y

fotofobia tras los síntomas neurológicos de aura.

- La cefalea puede durar entre 4- 72 horas.

Para establecer un criterio diagnóstico debe haber presentado al menos dos ataques que tengan los siguientes síntomas:

- Algún síntoma completamente reversible de aura que indique disfunción cortical cerebral focal, de tronco o ambas.
- Un síntoma del aura se desarrollara gradualmente durante más de 4 minutos, o aparecerán dos o más síntomas seguidos
- Ningún síntoma del aura será superior a 60 minutos. Si aparece algún síntoma mas, la duración se ha de aumentar proporcionalmente.
- La cefalea puede aparecer antes, a la vez y 1 hora después del aura.

### 1.1.3 Migraña con aura típica

Son Migrañas con un aura consistente en:

- Molestias visuales homónimas,
- Síntomas hemisensoriales,
- Hemiparesias, disfasia o combinaciones de las mismas.
- Este aura esta acompañado de una cefalea progresiva
- Duración inferior a 1 hora y revierte de forma completa.

Para establecer el diagnóstico deben presentarse uno o dos síntomas del aura

### 1.1.4 Migraña con aura prolongada

Son migrañas con:

- 1 o más síntomas de aura
- Duración de más de 1 hora e inferior o igual a una semana.

Se cumplen los criterios de la migraña con aura, pero un síntoma tiene una duración de más de 1 hora e inferior a una semana.

El estudio con neuroimagen es normal

### 1.1.5 Migraña hemipléjica familiar

- Es una migraña con aura
- Hemiparesia
- Al menos un familiar presenta ataques idénticos.

Se cumplen los criterios diagnósticos de la migraña con aura.

### 1.1.6 Migraña Basilar

Los síntomas de aura están originados en el tronco cerebral o en los lóbulos occipitales, Debe de haber al menos dos o mas síntomas de aura de las siguientes características:

- Síntomas visuales en ambos ojos
- Disartria
- Vértigo
- Acúfenos
- Perdida de audición
- Diplopía
- Ataxia
- Paresias bilaterales
- Disminución del nivel de conciencia.

### 1.1.7 Migraña con aura de inicio brusco

Deben cumplirse los síntomas de la migraña con aura

- Los síntomas neurológicos se desarrollan en un espacio de tiempo muy breve (4 minutos);
- La cefalea se prolonga entre 4 y 72 horas
- Localización unilateral
- Calidad pulsátil
- Intensidad moderada o grave (disminuye o impide la actividad diaria)
- Se agrava al subir escaleras o con actividades físicas
- Náuseas
- Fotofobia y fonofobia

#### 1.1.8 Estatus migrañoso

- Episodio de migraña con cefalea de más de 72 horas de duración a pesar del tratamiento.
- Puede haber periodos sin cefalea inferiores a 4 horas, sin incluir el periodo de sueño.

El paciente debe cumplir criterios de la cefalea con o sin aura

## 1.2 Cefalea tensional

### 1.2.1 Cefalea de tensión episódica

- Son episodios recurrentes de cefaleas
- Duración oscila desde varios minutos a días (30 minutos y 7 días)
- Al inicio el dolor es opresivo, no pulsátil
- Intensidad leve a moderada
- Bilateral
- No empeora con las actividades rutinarias
- No náuseas
- Puede aparecer fotofobia o fonofobia.

Para establecer un diagnóstico este tipo de cefalea se debe haber presentado al menos diez episodios que cumplan esos síntomas. Deben presentar al menos dos de las características respecto al dolor

### 1.2.2 Cefalea tensional episódica asociada a alteraciones de los músculos pericraneales

Hay un aumento del nivel de sensibilidad del cuero cabelludo junto a un aumento de la actividad del EMG de los músculos pericraneales

Debe cumplir alguna de las características de la cefalea tensional episódica, debe haber un aumento de la sensibilidad de los músculos demostrada por palpación manual y un aumento del nivel de actividad del EMG de los músculos en reposo.

### 1.2.3 Cefalea de tensión crónica

Es una cefalea que está presente por lo menos 15 días al mes, durante un periodo de 6 meses. Suele ser opresiva, leve o moderada, bilateral, no empeora con la actividad física rutinaria.

Pueden producir náuseas, fotofobia o fonofobia

**Para llegar a un diagnóstico deben darse al menos dos de los criterios expuesto anteriormente.**

## 1.3 Cefaleas en acumulos

- El dolor es unilateral
- Intenso

- Orbitario, supraorbitario o sobre la región temporal
- Duración de 15 a 180 minutos
- se presenta de una vez cada dos días, hasta 4 veces al día.

Estos ataques van acompañados de:

- Inyección conjuntival
- Lagrimeo
- Congestión nasal
- Rinorrea
- Sudoración frontal y facial
- Miosis
- Ptosis palpebral
- Edema palpebral

Estos ataques se presentan en series que duran semanas o meses (periodos llamados acumulos), separados por periodos de remisión que se pueden prolongar durante meses o años. Alrededor de un 10% de los pacientes tiene síntomas de manera crónica, sin periodos libres de dolor.

### 1.3 Cefalea hemicránea paroxística crónica

Comparte con la cefalea en acumulos:

- Dolor unilateral
- Dolor intenso
- Localización del dolor
- Manifestaciones vegetativas que lo acompañan
- Patrón temporal de los ataques
- Similitudes respecto a la evolución
- La duración del dolor es mas breve ( 2 y 45 minutos)
- Son mas frecuentes

- Se presenta generalmente en mujeres
- Buena efectividad ante la indometacina
- Preponderancia nocturna

## 1.4 Miscelánea

### 1.4.1 Cefalea punzante idiopática

- Dolor como alfilerazos o pinchazos
- Predominante en zona orbitaria, sien y región parietal (1ª rama del Trigémico)
- Se repite a intervalos regulares (de horas a días)
- Duración de segundos

El diagnostico dependerá del territorio del par craneal afectado

### 1.4.2 Cefalea por compresión externa

Es el resultado de una estimulación continuada ejercida sobre los nervios cutáneos por aplicación de una presión (cinta ajustada, sombrero, gafas de natación...)

- Presión externa sobre la frente
- Dolor constante
- Se elude la causa que lo provoca
- No asociado a enfermedad orgánica craneal

### 1.4.3 Aplicación externa de un estímulo frío

Cefalea generalizada subsiguiente a la exposición al frío, de la cabeza, sin utilizar protección

- Se desarrolla durante la exposición al frío
- Bilateral

- La intensidad varía con la gravedad y la duración del estímulo frío
- Se previene al evitar la exposición al frío

#### 1.4.4 Aplicación de estímulo frío por ingestión

Esta cefalea se produce en individuos susceptibles al paso de sustancias frías, sólidas o líquidas, sobre el paladar y la pared faríngea posterior

- Se desarrolla durante la ingestión de algo frío
- Dura menos de 5 minutos
- Se percibe en la parte central de la frente.
- Se previene evitando la ingesta de rápida de bebidas o alimentos fríos.

#### 1.4.5 Cefalea benigna por ejercicio físico

Cefalea originada por cualquier ejercicio físico

- Bilateral
- Pulsátil en su inicio y puede desarrollar características migrañosas en pacientes susceptibles a la migraña
- Se previene evitando el ejercicio excesivo, sobre todo en épocas de calor o en una altitud elevada

#### 1.4.6 Cefalea benigna de la tos

Causada por la tos en ausencia de trastorno intracraneal

- Bilateral
- Inicio repentino
- Duración inferior al minuto
- Prevenir, evitando toser

- Se diagnostica después de excluir mediante TAC lesiones estructurales

#### 1.4.7 Cefalea asociada a la actividad sexual

Cefalea debida a la masturbación o el coito, aumenta a medida que progresa la excitación sexual y alcanza gran intensidad durante el orgasmo. No existen trastornos intracraneales

- Dolor bilateral en su inicio
- Se origina con la excitación sexual
- Se puede prevenir interrumpiendo la actividad sexual antes del orgasmo

#### 1.4.8 Cefalea tipo explosivo

Aparece de forma súbita e intensa con el orgasmo

#### 1.4.9 Tipo sordo

Dolor sordo en la cabeza y en el cuello, el cual se intensifica a medida que aumenta la excitación sexual.

#### 1.4.10 Tipo postural

Es una cefalea postural que se parece a la originada por la presión baja de LCR y se produce después del coito

## TRATAMIENTO

### Migraña

Hay dos tipos:

#### 1.- Tratamiento de la crisis

Como normas generales hay que tener en cuenta:

- Analgesia individual



- En el paciente nuevo se debe comenzar con los medicamentos mas eficaces
- El tratamiento debe comenzar al inicio del dolor
- Si la migraña es con aura debe esperarse a que pasen los síntomas neurológicos y comience el dolor
- La dosis de medicamento considerada eficaz debe establecerse desde el inicio ya que una dosis insuficiente prolongaría la clínica, aumentaría la ingesta de medicamentos y podría cronificar el proceso

Dependiendo de la intensidad de las crisis:

- Leves – moderadas:
  - Analgésicos generales o antiinflamatorios no esteroideos
- Moderadas – severas
  - Utilización de triptanes, sino cede el dolor usar AINEs por vía parenteral

## 2.- Tratamiento preventivo

Se pueden usar de varios grupos:

- betabloqueantes (atenolol, propranolol etc.)
- calcioantagonistas (nicardipino, verapamilo etc.)
- Aines (naproxeno, ass)
- Otros

Estos tratamientos deben ser prolongados (3 y 6 meses) y no se debe suspender el tratamiento por falta de eficacia hasta no cumplimentar el 1 mes

Se debe iniciar el tratamiento con dosis

mínima eficaz y subir si fuera necesario

Los betabloqueantes no deben suspenderse de forma brusca. Los efectos secundarios son bradicardia, hipotensión ortostática y broncoespasmo

Estos tratamientos se establecen cuando el nº de crisis, la intensidad de estas y a la falta de respuesta al tratamiento sintomático.

## Cefalea tensional

La prevalencia de esta cefalea es muy elevada y puede superar a la migraña. La sintomatología no es tan intensa y variada, el nº de episodios es mas elevado. No hay tratamientos específicos y efectivos.

## 1-Tratamiento sintomático

Averiguar la causa desencadenante del dolor (ansiedad, estrés, angustia, depresión, frustraciones)

AINEs, son la primera elección

Combinación de los AINEs con sedantes.

El abuso de ambos va a facilitar una cefalea crónica diaria.

## 2- Tratamiento profiláctico

Dada la moderada eficacia de los tratamientos sintomáticos, es importante un adecuado tratamiento profiláctico que minimice este déficit.

Antidepresivos triciclos, son los mas usados como primera línea de choque

Doxepina o mianserina, se pueden uti-

lizar como segunda línea, si en 4 meses no presenta mejoría, se deben retirar de forma paulatina.

### 3- Tratamiento no farmacológico

Maniobras de relajación

Programas de manejo de estrés

Relajación y biofeedback

Masajes

#### Cefalea en racimos

- Verapamilo c/6 horas. Los efectos adversos mas frecuentes son el estreñimiento y enrojecimiento facial. No deben administrarse betabloqueantes de forma simultanea
- Prednisolona. Muy efectiva en un 75% de los pacientes. Su tratamiento debe ser corto e intensivo (3 semanas)
- En crisis frecuentes un tratamiento con bolos de 250mg I.V
- Litio. Se puede utilizar si el Verapamilo no es efectivo
- Ergotamina

### OBJETIVO

Impartir una educación sanitaria sobre esta patología neurológica, a la vez usual y desconocida, al colectivo de Enfermería. Es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar la información necesaria a un problema que tiene un efecto directo o indirecto sobre la salud física individual o colectiva

### METODOLOGÍA

La educación se impartirá en el servicio de Neurología, mediante charlas y mate-

rial audio visual. Esta formación se hará extensiva tanto a personal de Enfermería del servicio de Neurología como de otros servicios que se muestren interesados en esta patología. Los pacientes que se encuentren hospitalizados cuando se realicen estas clases también podrán acudir a ellas.

### CONCLUSIONES

Mediante esta educación esperamos conseguir una formación sobre esta patología y la manera de llevar a cabo los cuidados que necesitan estos pacientes.

### BIBLIOGRAFÍA

- Stephen D. Silberstein et all. Enciclopedia de la serie de Medicina Visual Atlas de Cefaleas. The Parthenon Publishing Group.
- Alberca R, Barranquero a, Gómez F, Sanz R, et all. CEFALIAS: Proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud. 2002
- Grupo de estudio de cefaleas de la SEN. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 1997. Contacto: Adela de la Fuente ([jsantistebancos@economistas.org](mailto:jsantistebancos@economistas.org)).

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Publicación oficial de la Sociedad de enfermería Neurológica S.E.D.E.N.E, publica, trabajos originales, artículos de revisión u opinión, casos clínicos y protocolos y todo lo considerado de interés en el campo de la enfermería neurológica.

1. Los trabajos deben ser originales y no haber sido publicados con anterioridad.
2. Se enviará el documento en soporte papel e informático, creando un formato de procesador de textos Microsoft Word 6.0 preferentemente. Los gráficos irán archivados en el mismo disquete en Excel o PowerPoint preferentemente.
3. Si aportan fotografías, se adjuntarán originales (no los negativos)
4. En todos los artículos debe constar: Título del artículo, Nombre del autor o autores, títulos académicos o profesionales y nombre de la Institución donde trabaja y la dirección de contacto del responsable para posible correspondencia.
5. En los trabajos originales, deberán constar los siguientes apartados:
  - a) Resumen y palabras clave en castellano y a ser posible en inglés.
  - b) Introducción.
  - c) Material y Métodos.
  - d) Resultados.
  - e) Discusión y Conclusiones.
  - f) Bibliografía y Agradecimientos si los hubiere. Preferente utilizar las normas de Vancouver.
6. Las fechas límite de recepción de trabajos serán:  
15 de Marzo para la Publicación primer trimestre.  
15 de Setiembre para el segundo trimestre.
7. Las publicaciones se remitirán en un sobre dirigido a:

### **Ultramar Express Event Management**

C/ Diputació 238, 2º 1º - 08007 Barcelona - Tel 93 482 71 40 – Fax 93 482 71 58

Dirección de correo electrónico: [info@sedene.com](mailto:info@sedene.com)

Persona de contacto: M<sup>º</sup> Isabel Eligio Espín

Todo el material recibido en nuestra redacción, quedará archivado para el uso que la Sociedad SEDENE crea conveniente.

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Diputación, 238, 2ª<sup>a</sup>. 08007 Barcelona

### SOLICITUD DE ADMISIÓN

(por favor, cumplimenten todos los datos con letra de imprenta, gracias)

Sr.Sra. .... con nº de colegiado .....  
nacido el día ..... de ..... de 1.9....., mayor de edad, con NIF .....

#### EXPONE

Que reuniendo los requisitos contemplados en los estatutos de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, y mediante la presentación de esta solicitud y adjuntando fotocopia compulsada del título que posee en la actualidad.

#### SOLICITA

Su ingreso en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA como miembro:  
(especifíquese: numerario, asociado, corresponsal)

Tipos de miembros de la Sociedad:

Numerarios: Aquellos diplomados en enfermería que residan en España y que cumplan los requisitos del Artículo octavo (\*).

Asociados: Aquellos Diplomados en enfermería españoles, residentes fuera de España, que cumplan los requisitos del Artículo octavo (\*).

Corresponsales: Aquellos diplomados en enfermería extranjeros

(\* Artículo 8º del Capítulo I del título 2º de los Estatutos de la Sociedad: Podrán ser miembros de la Asociación los Diplomados en Enfermería que estén en posesión del título oficial, tengan interés en servir los fines de la sociedad y sean admitidos por la Asamblea General a propuesta de la Junta Directiva.

#### DECLARA

1. Que está en pleno uso de sus derechos civiles y que no se halla incurso en los motivos de incompatibilidad establecidos en la legislación vigente.
2. Que comparte los fines de la Sociedad y que colaborará en la consecución de los mismos.
3. Que acatará y cumplirá los Estatutos de la Sociedad y los acuerdos válidamente adoptados por los órganos de gobierno y representación de ésta.
4. Que cumplirá el Código de Ética Médica.
5. Que pagará la cuota anual aprobada por la Asamblea General.
6. Que comunicará, por escrito, a la Secretaría de la Sociedad cualquier cambio que se produzca en sus datos.

#### DATOS PERSONALES

Nombre: ..... Apellidos: .....

Dirección Particular:

C.P.: ..... Población: .....  
Provincia: .....  
Teléfono: ..... Fax: ..... e-mail: .....

#### DATOS PROFESIONALES

Centro de Trabajo: .....

Cargo que ocupa: .....

Dirección Profesional:

C.P.: ..... Población: .....  
Provincia: .....  
Teléfono: ..... Fax: ..... e-mail: .....



